



심의회 신청
REQUEST FOR HEARING
 DSHS 공정 심의회 규정 - 제 388-02장

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

수신처: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

팩스 번호 : 360-586-6563

DSHS 건강관리단체 소속의 의료보험회사에서 거절한 의료혜택이나 서비스에 대한 심의회를 신청할 경우 공정심의회를 제기하기 전에 반드시 귀하의 의료보험회사의 항소 절차를 먼저 마쳐야만 합니다. (WAC 388-538-112)

본인은 보건사회부(DSHS)에서 혹은 본인의 DSHS 건강관리단체 소속의 의료보험회사에서 한 다음 결정에 동의하지 않으므로 이에 심의회를 신청합니다.

- 보건사회부(DSHS)에서 혹은 DSHS 건강관리단체 소속의 의료보험회사에서 조치한 사항이나 조치하지 않은 사항을 간단하게 설명하십시오(빈칸이 더 필요하면 다른 용지를 첨부시키십시오).
- 귀하가 한 항의 통지서 사본이 있으면 그 통지서 사본을 첨부하십시오.

귀하의 이름(인쇄체로 기입하십시오)	생년월일		
청문회 신청인의 주소			
주소	주	우편번호	
			전화번호(지역 번호 포함) ()
			<input type="checkbox"/> 메시지 수신 번호

본인은 _____에서 한 결정을 _____ 일자로 통지받았습니다.
 CSO 혹은 보건사회부(DSHS) 건강관리단체 소속의 건강보험 이름과 주소 날짜

본인에게 수혜자격이 있다면 계속적으로 지원을 받길 원합니다. 예 아니오 프로그램: _____

다음은 본인의 번호인입니다. (귀하가 자신에 대해 스스로 번호 할 경우에는 아래의 두 칸은 작성할 필요가 없습니다).			
귀하의 번호인 이름	기관 이름	전화번호	
주소	도로명	시	주 우편번호

<input type="checkbox"/> 나는 본인의 번호인에게 나에 관한 청문회 정보를 공개해도 좋음을 승인합니다.	
귀하의 서명 _____ 날짜 _____	

심의회에 통역관 혹은 그 외 어떤 지원이나 조정(면의 시설)이 필요한 사항이 있습니까? 예 아니오
 있다면, 필요 언어나 어떤 지원을 원합니까? _____

일부 심의회는 행정법 판사(ALJ's)가 전화로 심의회를 진행할 수도 있습니다. 심의회에 직접 출두하기를 원하시면 심의회 행정국(OAH)에서 귀하에게 우송할 심의회 통지서에 있는 지시사항을 준수하시기 바랍니다.